

高齢者介護と家族

——社会福祉政策に問われていること——

長 上 深 雪

はじめに

- 一 社会福祉政策は高齢者介護問題をどう扱ってきたか
- 二 高齢者介護問題への二〇〇〇年以降の対策
- 三 高齢者介護問題と介護保険制度
- 四 社会福祉政策に問われていること

はじめに

二〇〇〇年に介護保険制度がはじまった。この介護保険制度は社会連帯と自立支援を旗印に「介護の社会化」を目指して導入されたものである。それは多くの家族介護者に夢と希望を与えたかのようにみえた。しかし、介護者が要介護者の生命を絶ついわゆる「介護殺人」は、制度導入後も後をたたない。本報告では、これまで介護問題対策として中心的に関わってきた社会福祉政策が、介護問題と家族の関

わりをどうとらえていたかを考察し、高齢者介護問題を家族の生活問題としてとらえることの今日的な重要性と、社会福祉政策にいま何が問われているのかについて述べる^①。

一 社会福祉政策は高齢者介護問題をどう扱ってきたか

高齢者介護問題は家族が第一義的に責任をもつものと位置づけた「日本型福祉社会」論の登場、高度経済成長から低成長期に転じた一九七〇年代に入ると、日本の社会福祉はその方向を大きく変えることになる。一九五〇年代から六〇年代を通して進められてきた福祉六法を基本とする社会福祉体制の骨格は、まがりなりにも西欧型の「福祉国家」をを目指すものであった。その根幹に憲法二五条の生存権保障を具体化した「措置制度」があつたことは言うまでもない。

しかし、老人医療費無料化の全国制度化を目玉に「福祉元年」と銘打ってスタートした一九七三年の年末にはオイルショックに直面する。低成長期における社会福祉のあり方が議論される中、老人医療費は「バラマキ福祉」と批判され、いわゆる「臨調・行革路線」が進む中で、その批判はやがてそれまでの社会福祉全体のあり方にまで及ぶこととなったのである。ちょうど、イギリスではサッチャー政権、アメリカではレーガン政権が誕生し、社会保障のあり方はそれぞれに特徴があるものの、ともに「小さな政府」論を土台とする政策を強行していく時代である。こうして老人医療費の無料化を焦点にした「バラマキ福祉」批判は、戦後、日本が歩んできた国家責任による社会福祉制度の充実といった方向の転換を目論む「福祉見直し」論へと展開を見せる。この方向は、一九七九年の「新経済社会七ヶ年計画」

の中で出された「日本型福祉社会」づくりへと帰結するのである。

「日本型福祉社会」論では、高齢者や障害者の扶養をはじめとして生活の諸問題についても第一義的責任をもつのは家族（親族を含む）であると位置づけた。すなわち、「自助」である。そして、それが機能しない場合には地域共同体における「共助」があり、「自助」や「共助」をもつても解決しない場合、あるいはそれらが機能しない場合に最終的には公的責任による従来の社会福祉が対応するとした。この公的責任による社会福祉を「公助」と呼び、自助や共助を補完するものとして位置づけたのである。当時、高齢化社会の到来は予測されていたものの、高齢者がいる世帯構成ではまだまだ三世帯世帯が過半数を超えている時代である。一九八〇年の統計調査によると、六五歳以上がいる世帯のうち「子と同居している」は五〇・一%と半数に達していた。²⁾

政府はこうした同居率の高さを積極的に評価し、また活用していくのである。「淳風美俗」たる家族制度に支えられた「自助」を「日本型福祉社会」の中心においた社会づくりがはじまる。家族は介護の担い手でもあり、また責任を負うべき中心的な存在として位置づけられたのである。

「お宅」で介護することがこれからの社会福祉の主流とした「在宅福祉」政策

一九八〇年にはいると、「在宅福祉」政策が強力に推し進められることになる。たとえば、一九八一年に提出された「当面の在宅老人福祉対策のあり方について（意見具申）」では、今後の後期高齢者層の増大を伴う高齢者社会の到来をふまえて、「国は長期的観点から在宅福祉対策の飛躍的な推進に努める必要がある」と述べた。この答申は、「老人福祉における在宅福祉への転換を示唆するもの」³⁾であり、

実質的に「居宅処遇の原則」を打ち出し、それが困難な場合に施設処遇をするという「積極的な在宅福祉対策を確立することが必要である」と述べるに至った。同時に在宅福祉サービスを推進するにあたっては、「全面的に行政に依存することを前提とした福祉システムを地域社会に樹立することを目的とするのではなく……当該老人及び家族による自主的な努力を前提に」、「地域住民やボランティア及び民間福祉団体等による自主的な支援活動が組み込まれた福祉供給システムを形成する」ことを主張している。すなわち、「在宅福祉」は「日本型福祉社会」づくりを基調とする当時の社会福祉政策を進める上では不可欠であり、それは具体的な「在宅福祉サービス」として展開されていくのであった。理念的には、一九八二年七月に開催された「高齢者問題世界会議」（国連、ウィーン）において採択されたことく、「高齢者が可能な限り自宅と地域社会の中で自立した生活を送れること」こそが重要とされ、「在宅福祉」が進められる上でもその理念は、「どんな状態になっても誰もが住み慣れた地域で暮らすことが出来る社会をつくる」こととされたのである。これは、地縁や家族を大事にする日本国民の願いと一致し、「在宅福祉」政策は大きな期待をもって受け入れられたかのようであった。政府は、在宅福祉サービス三本柱として「ホームヘルプサービス」、「デイサービス」、「ショートステイサービス」を位置づけ、その拡充をはかっていった。しかし、現実には前述の「意見具申」にあるとおり、家族介護が主、公的責任で実施される社会福祉は家族介護の「補完」（＝自助の補完）という位置づけであることには変わりなく、こうした方針のもとですめられる「在宅福祉」と「在宅介護」の限界は、すぐさま露呈せざるを得なかったのである。

家族介護に依存した「在宅福祉」の限界の顕在化

「施設福祉」と対置する方向で「在宅福祉」が強調された一九八〇年から一〇年間の特別養護老人ホームの施設数の推移には、この間の社会福祉政策と生活実態の矛盾の一端があらわれている。高齢者分野における介護施設の中心的存在である特別養護老人ホームについてみると、一九八〇年に一、〇三十一所だったものが一〇年後の一九九〇年には二、二六〇所とおよそ二倍に増加している。その内訳を経営主体別にみると、一九八〇年に公設公営は二五七カ所だったものが一九八六年に三三三カ所と増加するものの、一九九〇年には二六二カ所と減少、一方、「社会福祉施設調査」において「私営」と区分別されるもの（公設民営も含む）は七七四カ所から一、九八八カ所と二・六倍にも増加をみせている。⁽⁵⁾これは、「在宅福祉」政策が、公的責任で施設を建設し、その運営にも直接的な責任をもついわゆる「公設公営」の特別養護老人ホーム建設は極力抑制したものの、介護問題の増大と深刻化については施設建設をせざるを得なかったという結果をあらしているものである。そして、それを中心的に担ったのが民間の社会福祉法人であった。こうした背景には、国民の家族のあり方の著しい変化と介護問題の深刻化があったことは言うまでもない。

「在宅福祉」を進める上で、家族は「在宅介護」の担い手として不可欠の存在であった。しかし、三世帯世帯から夫婦を基本とした核家族化への移行はとどまることなく、一九九〇年には六五歳以上の者がいる世帯のうち「三世帯世帯」は三九・五%と四割をきり、かわって「単身世帯」（一四・九%）、「夫婦のみ世帯」（二一・四%）の比率が三分の一以上を占めることになる。⁽⁶⁾もちろん、家族の小規模化は進行しているものの、依然として家族と同居している高齢者の比率は一定数を占めている。こうした

状況の中で、「在宅福祉」が政策的に強調された結果、介護問題を担った家族が直面したのが「老老介護」であり、問題解決の見通しがもてない中で「介護地獄」と表現され、あげくのはては「介護殺人」にまで行き着いたのである。武田京子が「老女はなぜ家族に殺されるのか」（ミネルヴァ書房）というセンサーショナルなタイトルで介護殺人を世に問うたのは、おりしも国際家族年とされた一九九四年のことであった。

老人保健福祉計画の策定・「ゴールドプラン」の登場

「在宅福祉」が進められた一〇年間は、同時に「在宅福祉」を中心にした「在宅介護」＝「家族介護」の限界を顕在化させた一〇年間であつたといえる。こうして、「日本型福祉社会論」を根底においた「在宅福祉」政策は修正を迫られることになった。これが「老人保健福祉計画」の策定であり、「高齢者保健福祉推進十力年戦略（ゴールドプラン）」（一九八九年二月に厚生・大蔵・自治の三大臣により合意）と言われるものの登場である。これまでどちらかといえば理念に関する内容が主であつた社会福祉計画は、この計画以降、施設やサービスなどの具体的な整備目標を数値によって表すようになった。社会福祉分野におけるいわゆる計画行政の始まりでもあつたのである。「老人保健福祉計画」は行政計画として、厚生省の主導のもと全国の市町村で具体的な数値目標を設定し、それを積み上げたものが都道府県の計画として策定された。この計画のなかで、「在宅福祉緊急整備」として、ホームヘルパーの充実、ショートステイの充実、デイサービスの充実、そして在宅介護支援センターの充実、「住みよい福祉のまちづくり事業」の推進などがうたわれた。それと共に、「施設の緊急整備」として、特別養護老

人ホーム、老人保健施設、軽費老人ホーム（ケアハウス）の整備目標も明示された。つまり、「在宅福祉」は、それを支える入所施設や地域での相談窓口、まちづくりなどの対策があつて成り立ち得るものであることが次第に認識されるようになったことを示している。だが、「在宅福祉」政策の矛盾がいろいろなところで明らかになったとはいへ、政府の基本的方針は、「在宅福祉重視」とそれに加えて「地方重視」というものであった。「小さな政府」論は財政緊縮と直結し、それが地方分権へと大きな流れをつくつていく時代の幕開けである。

新たな社会保障・社会福祉の考え方と高齢者介護問題

一九九〇年代にはいると本格的に「社会保障構造改革」に着手される。一九九五年には社会保障制度審議会から「社会保障制度の再構築」という勧告が出された（以下、「九五年勧告」）。この勧告は、それまでの社会保障の基本的な考え方を根底から覆すものであった。簡潔に表現するならば、公的責任にもとづく生存権保障としての生活保障から、社会連帯と自立支援を基本にした「社会保障」への転換である。勧告の中に表現されている「社会保障制度は、みんなのためにみんなでつくり、みんなで支えていくものとして、二一世紀の社会連帯のあかしとしなければならない」とした文言はこの転換をよく表している。一九七〇年代後半以降、「日本型福祉社会」論にもとづいた政策展開がなされてきたが、それは公的責任での生活保障を最小限・最低限にとどめるような方向での制度施策の運営であり、基本的な理念や考え方についての根本的な変更を迫るものではなかった。しかし、この「九五年勧告」は、社会保障の理念の一八〇度の転換、したがってその一環である社会福祉の基本的な土台の転換をも要求す

るものであった。「社会保障構造改革」の一つとして進められた社会福祉分野の改革が「基礎構造改革」と名づけられたのは、公的責任による生存権保障の具体化である措置制度の全面的な「改革」を目論むものであったからである。「措置制度」こそがその基礎構造であり、そこにメスを入れるには社会保障や社会福祉の考え方から、「公的責任」や「生活保障」あるいは「生存権保障」という魂を抜き去る必要があったのである。そして、とくに政策的に強調されたのが生活「自助」の原則である。高齢者介護問題も例外ではなかった。「在宅介護」を中心にした「在宅福祉」政策は部分的に修正されたものの、ここに至っては「自助」を基本においた「自立」、そしてそれを支えるのは「社会連帯」という構図の中で、高齢者介護問題対策が展開されるのである。それをもっともよく表した制度が「介護保険制度」であった。

二 高齢者介護問題への二〇〇〇年以降の対策

高齢者介護問題への中心的対応は介護保険制度

介護保険制度の導入についての本格的な議論が始まるのは、一九九〇年代半ばのことである。前述した社会保障制度審議会の「九五年勧告」の翌年、老人保健福祉審議会から「新たな高齢者介護システムについて」（中間報告）が出された。この中間報告では「……長寿社会において、長期にわたる高齢者介護を家族が担うことは困難」と指摘、高齢者介護に対する社会的支援の整備を提唱した。そして、高齢の一人ぐらし世帯や夫婦のみ世帯が増加していることにかんがみ、そうした世帯でもできる限り在宅

生活が可能となるよう二四時間対応を視野にいた在宅支援体制の確立を目指すとしたのである。家族構成が変化すると同時に小規模化が加速する中で、それまでのように同居家族を介護の中心的な担い手と位置づける政策はもはや誰の目にもその限界は明らかであった。かといって、公的責任による介護保障の体系的整備には向かわず、「九五五年勧告」にもとづく社会保障構造改革および社会福祉基礎構造改革に先鞭をつける形での施策、すなわち社会連帯と自立支援をキーワードにした「介護保険制度」の創設に至るのである。二一世紀の社会保障・社会福祉の理念をもっともよく表すものとして介護保険法が成立するのは一九九七年、制度として導入されたのは二〇〇〇年である。こつした政策の基本的方向は、「九五五年勧告」に先立つて出された一九九四年三月「二一世紀福祉ビジョン」（高齢社会福祉ビジョン懇談会）の中にすでに盛り込まれていることであつた。そして、介護保険制度が導入された同年には新しい社会福祉理念と方向をふまえた社会福祉法が成立する。

介護保険制度は、当初より「介護の社会化」を目指すものとされた。社会問題として顕在化している「在宅介護」の限界に対して「介護の社会化」を打ち出したことによつて、在宅介護の負担と疲労から家族が解放されるかのように見えた。また、現行の社会福祉制度のもとでは申請の手続きが煩瑣であるという現実や、対象要件（施設やサービスを利用する資格や所得制限など）に当てはまらない中間層などにとつては、両手をあげて歓迎をされた制度でもあつた。実態としても、安定した所得があり一割負担がある程度可能な階層と、一定の家族介護が可能な世帯が介護保険給付の中心的な受給層であつたのである。したがつて、家族介護と介護保険制度による介護給付をうまく組みあわせることができ、経済的不安も少ない世帯にとつては介護負担の軽減がなされたとみてよい。もちろん、住んでいる地域に適

切な量と質の介護サービスが整備されていることが前提にある。つまり、介護給付だけでは対応できない問題、あるいは一割負担ができないために利用抑制をせざるをえない層の問題、あるいは介護保険事業所をはじめ十分な介護サービスが地域に整備されていない場合などには、公的責任による介護保障として従来の措置制度としての福祉サービスや施設が有機的に対応されているのか、という問題がある。措置制度から利用契約制度である介護保険制度に移行したと言われるものの、介護保険制度はそのしくみから明らかなように万能ではない。したがって、措置制度との関係をあらためて問う必要がある。

社会福祉制度の位置づけ

戦後、現行の社会福祉体制が確立されてから介護保険制度が導入されるまで、日本における介護問題対策において、中心的でも最終的な対策は社会福祉施設・サービスであった。高齢者分野、障害者分野あるいは児童分野と対象別に分かれ、施策の種類や内容が決して十分とはいえないまでも、介護問題をかかえる家族と本人にとっては実質的に、社会的に生活が保障される最後の砦であったことには間違いない。また、生活に丸ごとかわる社会福祉施設（代表的には特別養護老人ホーム）や生活の中身に入り込んだサービス（たとえばホームヘルプサービスなど）、困ったり悩んだりしたときに話を聞いてくれる相談窓口（市町村の福祉担当や在宅介護支援センターなど）が身近に存在することで、かろうじて在宅介護が可能となっていたという現実もある。つまり、介護問題対策としての社会福祉制度は、国民にとって最終的な社会的生活保障の手だてであり、またそれがしつかり整備されてはじめて「自助」が可能（つまり在宅での介護を続けることができる）＝自助の前提条件として位置づけられるものであ

たのである。

介護保険制度は措置制度から利用契約制度への転換を意図してはいるものの、措置制度を全面的に解体するまでにはいたっていない。老人福祉法の第一〇条は「健康保持及び介護等に関する措置」としてその第二項に「身体上または精神上の障害があるために日常生活を営むのに支障がある老人の介護等に関する措置については、この法律に定めるもののほか、介護保険法の定めるところによる」と明記し、さらに第一〇条の二では老人保健法および介護保険法との連携および調整について、続く第二章では「福祉の措置」として支援体制の整備や居宅における介護等の措置や老人ホームへの入所等について定めている。とくに第一一条二では「……やむを得ない事由により介護保険法に規定する地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設に入所することが著しく困難であると認めるときは、その者を当該市町村の設置する特別養護老人ホームに入所させ、又は当該市町村以外の者の設置する特別養護老人ホームに入所を委託すること」と明記している。これらの条文はいずれも、措置そのものの根拠と実施における公的責任の根拠となると解せられるものである。したがって、法律上は、措置制度は喪失しているわけでないことは明々白々であり、介護保険制度の導入にともなって、介護保険による介護給付が優先であったとしても、そこでの対応が困難であるとか、利用に結びつかず現に介護問題を担っているような場合、何らかの措置がなされることを示している。介護問題対策として、国民の最後の砦としての措置制度は現行法制上、存在しているのである。しかしながら、法律上は明記されていても、たとえば特別養護老人ホームのように「老人福祉法上の措置施設」と、「介護保険法上の介護老人福祉施設」という二枚看板を持つ施設やサービスにおいて、措置としてどれだけ施設やサービスが提供されているのか

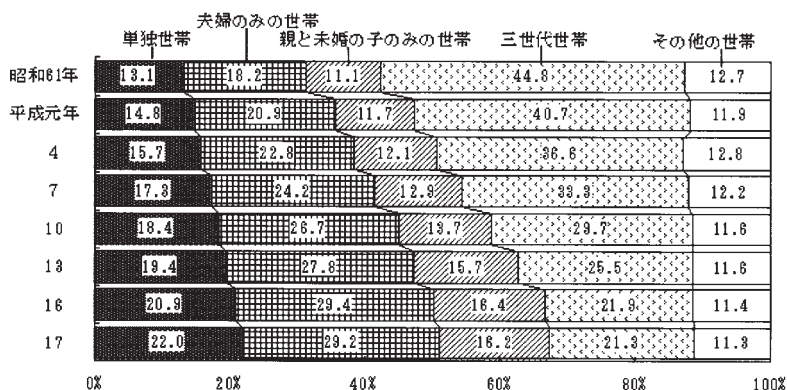
は、公表されている社会福祉関連の統計資料では明らかにならない。介護保険法にもとづく介護給付が優先され、保険料を拠出しているといったことを含めた国民感情、さらには現行の施設・サービスの整備状況から考えれば、措置によるサービス提供を縮小せざるをえないが、まったく機能不全にしてしまうような行政上のコントロールが働いていることは容易に推測できる。さらに、行政担当者が措置制度の存在や意味について理解していない、あるいは措置制度が現実に機能していない中で専門職からの措置対応の依頼がないということも考えられる。地方分権のなかで、地域住民の暮らしの問題に直接かわり、生活保障をどうするかが問われている自治体にとって、介護保険制度と措置制度の連携をどうやっていくのか、住民の立場にたった行政運営が問われるところである。この課題は、つぎに述べるような介護保険制度の利用実態の上により鮮明に表れていると言えよう。

三 高齢者介護問題と介護保険制度

家族の生活問題としての高齢者介護問題

図一に示すように、六五歳以上の者のいる世帯を類型別にみると、「夫婦のみの世帯」がもっとも多く二九・二％、ついで「単独世帯」二二・〇％、「三世代世帯」が二一・三％となっている（平成十七年）。暮らしの単位としての家族規模は、全体的にますます小さくなっていることがわかる。

また、家族と同居しているかどうかでみると、少なくとも六六・七％（「夫婦のみ世帯」「親と未婚の子のみの世帯」「三世代世帯」の構成割合の合計）が配偶者あるいは子どもと同居している実態にある。

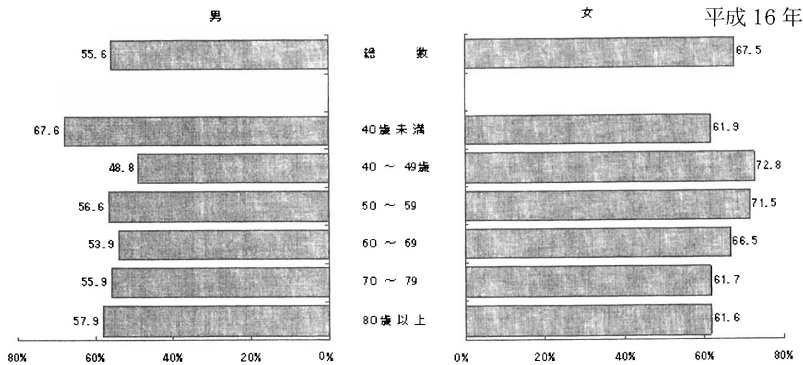


資料出所) 平成17年度国民生活基礎調査

【図一】 世帯構造別にみた65歳以上の者のいる世帯類型の構成割合の年次推移

つまり、「三世代世帯」の縮小にみられるように、家族規模は年々小さくなりつつも一方では家族等との同居をしている高齢者が過半数を占めているのである。こうした現実には、介護問題対策を考える上で、一人暮らし高齢者の問題にどう取り組むかということと同時に、家族と同居している場合の高齢者介護問題をどうとらえ、どう取り組んでいくかがあわせて重要な課題であることを示している。とくに、一人暮らし高齢者で、しかも家族の中にだれも介護の担い手がいらないような場合、社会的に解決することが必要な問題は誰の目にも明らかである。一方、介護の担い手として家族が近隣に住んでいる、あるいは遠距離介護をせざるをえない、また同居家族が介護の主要な担い手となっているというような場合、当然のことながら介護問題は高齢者本人の問題だけでなく、家族の生活問題としても表れる。

介護の担い手が家族に集中すればするほど、家族生活問題としての介護問題は深刻になる。しかし、それが誰の目にも明らかになり、顕在化するかといえ、そうとはいえない。なぜなら、家族問題としての介護問題は、家族問題であるがゆえに常に「私事」としての側面を持たざるを得ないからである。家族は



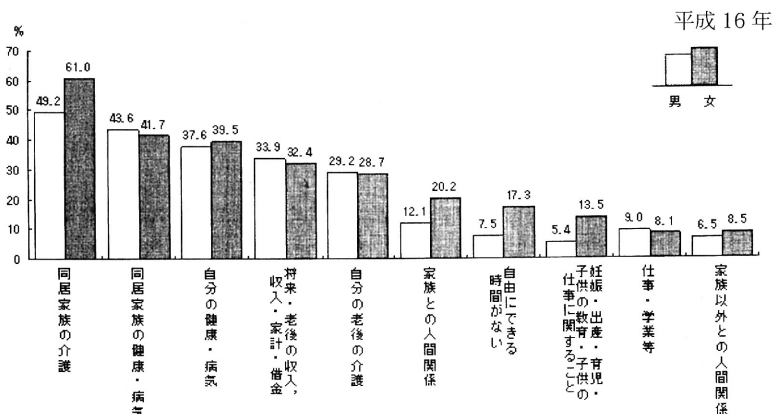
資料出所)『平成 16 年度国民生活基礎調査』

【図二】 性・年齢階級別にみた同居している主な介護者の悩みやストレスのある者の割合

暮らしの単位としては社会的な存在であるが、家族の暮らしが営まれる家庭はきわめて私的なプライバシーを含む領域であり、生活上の困難は常に家族・家庭の中に潜在化するという特徴をもっている。介護保険制度が「介護の社会化」を目指すものとして創設された意味は、家族・家庭の中に潜在化しがちな介護問題を、施設やサービスの利用を通して専門職や第三者が関わることで社会的に解決すべき問題として認識し、顕在化させるところにあった。この点、どのような効果があったかについて次に述べてみたい。

② 介護保険制度によって家族は「介護の負担」から解放されたか

図二は、主な介護者の悩みやストレスの有無を性別・年齢別に表したものである。この図に示すように、主な介護者が女性の場合では六七・五％が、男性では五五・六％が「悩みやストレスがある」と答えている（平成一六年度調査）。年齢別にみると、女性ではとくに四〇～五〇歳代でその割合が七割を超えていることが目立っている。男性では四〇歳未満



資料出所)『平成 16 年度国民生活基礎調査』

【図三】 性別にみた同居している主な介護者の悩みやストレスの原因の割合（複数回答）

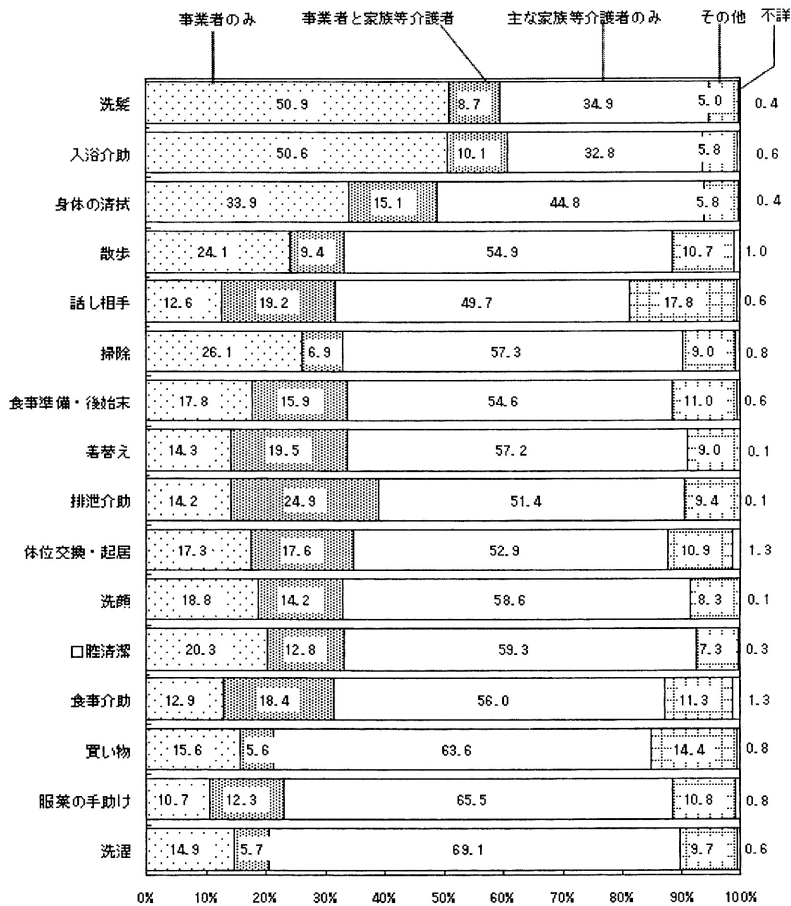
の場合に六七・六％と平均を大きく上回っていることが特徴である。

介護者の悩みやストレスの具体的な原因をみると、男女とも「同居家族の介護」が第一位である。とくに、女性では六一・〇％にも達している。ついで、「同居家族の健康・病気」、「自分の健康・病気」、「収入・家計」、「自分の老後の介護」などが続いている（図三参照）。

「介護」が悩みやストレスの原因のトップにあげられていること自体、「介護の社会化」がさほど期待した通りには進んでいないことを示している。こうした意識の背景にある実態の一部分を表しているのが次の図四である。

これは、介護内容別にみた介護者の組み合わせの構成割合を図示したものである。「洗髪」、「入浴介助」については、「事業者のみ」が過半数を占めている。しかし、「主な家族等介護者のみ」も三割を超えているのである。さらに、「散歩」、「話し相手」、「掃除」、「食事の準備・後始末」、「着替え」などに代表される日常生活の世話の多くが、家族等介護者によって担われているのである。つまり、家族

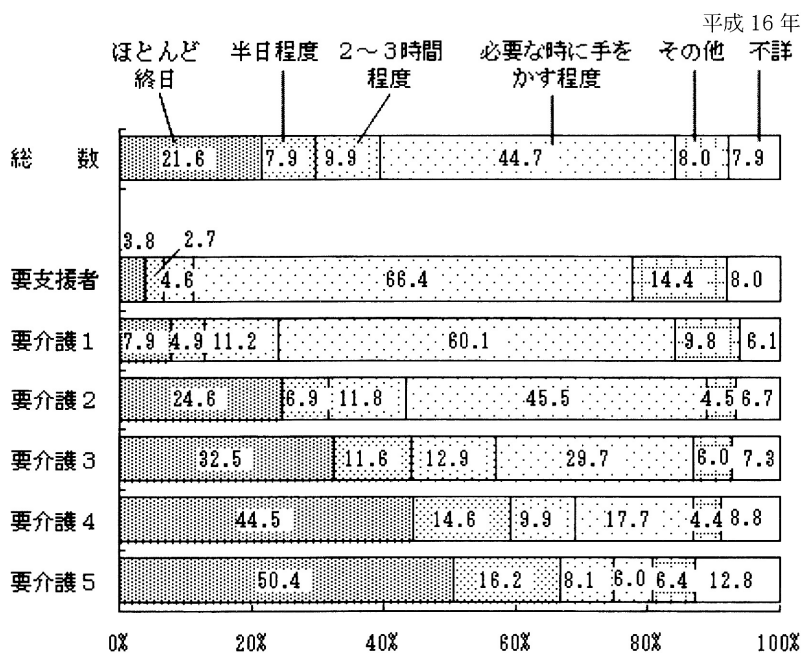
平成 16 年



注：「その他」とは、「主な家族等介護者その他の家族等介護者」「その他の家族等介護者のみ」をいう。

資料出所)『平成 16 年度国民生活基礎調査』

【図四】 介護内容別にみた介護者の組合せの状況別構成割合



注：「総数」には要介護度不詳を含む。

資料出所)『平成 16 年度国民生活基礎調査』

【図五】 要介護者等の要介護度別にみた同居している主な介護者の介護時間別構成割合

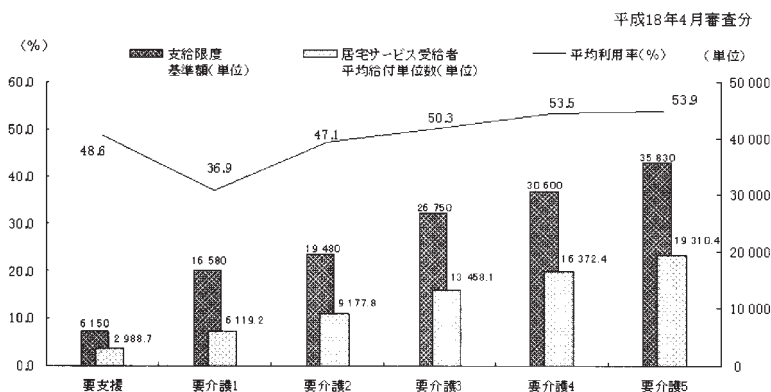
介護者がいる世帯では、介護保険制度を利用しているといっても、それは部分的なものにすぎず、全般的な世話は家族介護者が中心的に担っている現実には制度導入後もそう変わっていないと言えるだろう。図五に示すように、介護保険制度における要介護度が高くなるにつれて、主な介護者の介護時間は「ほとんど終日」と答えた割合が大きくなっている。なかでも要介護5という段階では、「ほとんど終日」が五〇・四％を占めるに至っている。まさに、「家族」あつての「介護保険利用」なのである。こうした現実が、悩みやストレスの原因の第一位に「介護」があげられる根底に横たわっているのである。

【表一】 性・年齢階級別にみた同居している主な介護者と要介護者等の構成割合
平成 16 年（単位％）

同居している主な介護者の性・年齢階級		要介護者等						
		総数	40～64 歳	65～69	70～79	80～89	90 歳以上	(再掲) 65 歳以上
総数		[100.0]	[6.0]	[6.0]	[28.7]	[42.3]	[17.0]	[94.0]
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	40 歳未満	3.6	12.6	4.8	5.1	2.5	0.3	3.0
	40～49 歳	12.2	3.9	12.1	18.4	13.1	2.8	12.8
	50～59	28.5	31.5	6.4	16.2	38.1	31.9	28.3
	60～69	27.4	38.4	54.6	16.0	21.4	47.7	26.7
	70～79	19.7	10.6	18.2	38.1	12.0	11.8	20.3
	80 歳以上	8.5	3.1	2.6	6.3	12.9	5.4	8.9
男		25.1	34.7	39.9	31.4	21.6	14.8	24.5
	40 歳未満	1.0	1.2	2.2	1.4	0.9	-	1.0
	40～49 歳	2.4	1.3	4.5	3.3	2.4	0.4	2.4
	50～59	5.9	10.9	1.8	4.9	7.6	3.3	5.6
	60～69	6.3	17.8	16.1	2.2	5.3	8.0	5.6
	70～79	6.2	3.5	13.3	14.4	1.4	2.6	6.4
	80 歳以上	3.3	-	0.7	5.4	3.9	0.5	3.5
女		74.9	65.3	60.1	68.6	78.4	85.2	75.5
	40 歳未満	2.6	11.3	2.6	3.7	1.6	0.3	2.1
	40～49 歳	9.9	2.6	7.6	15.1	10.7	2.5	10.3
	50～59	22.5	20.7	4.6	11.4	30.5	28.6	22.7
	60～69	21.1	20.6	38.4	13.7	16.1	39.7	21.1
	70～79	13.5	7.1	4.9	23.7	10.5	9.2	14.0
	80 歳以上	5.2	3.1	2.0	1.0	8.9	4.9	5.3

注：「総数」には、要介護者等の年齢不詳、主な介護者の年齢不詳を含む。『平成 16 年度国民生活基礎調査』

資料出所)『平成 16 年度国民生活基礎調査』



注: 1) 居宅サービス受給者平均給付単位数は(居宅サービス給付単位数÷受給者数)である。

2) 平均利用率(%)は(平均給付単位数÷支給限度基準額×100)である。

資料出所) 厚生労働省報告

【図六】 介護保険給付における平均居宅サービス給付単位数と平均利用率

さらに表一に示すように、高齢者が高齢者を介護する比率が高い。高齢者世帯のうち「夫婦のみ世帯」が年々増加していることからみても、「老老介護」はもはや例外ではない。このことから家族介護の実態とその限界を如実にとらえることができる。

また、介護保険は要介護度によって利用できるサービスの上限を定めているが、どの程度の利用がなされているかを「平均利用率」としてあらわしたものが図六である。

ここに示すように、要介護度5における平均利用率が最も高いが、半数をわずかに超えているにすぎない。要介護度が低くなるにつれ、平均利用率も低くなり、要介護1では三六・九%ともっとも落ち込み、要支援では四八・六%となっている。こうした結果もふまえて、現在の介護保険制度の利用と介護問題についてまとめると次の点が指摘できる。

介護保険利用の二分化

具体的には家族介護と介護保険給付をバランスよく組み合わせ、しかも一割の利用料負担が可能な層と介護

保険制度をまったく利用できないか利用抑制をせざるをえない層に二分化している。

介護保険利用も既存の社会福祉制度・サービスの利用もできない層の問題の深刻化

前述したように、介護保険制度が利用できない場合には措置制度で対応することができるし、また自治体としては公的責任において住民の生活保障を果たす責務がある。にもかかわらず、現実には社会福祉施設・サービスの利用からも遠ざけられている層が存在する。しかし、この実態については必ずしも明らかでない。

「介護殺人」あるいは「介護心中」といった「死」をともなうて問題が顕在化

加藤悦子氏（日本福祉大学）によると、一九八八年から二〇〇三年までの六年間に、新聞紙上に報じられた介護をめぐる発生した殺人事件は少なくとも一九八件にものぼる。⁽⁸⁾二〇〇六年に入っても介護をめぐる殺人や自殺は後をたたない。⁽⁹⁾また、二〇〇六年四月一九日付の朝日新聞は、厚生労働省研究班の調査結果を掲載し、「高齢者の在宅介護を担う六五才以上の介護者の約三割が『死んでしまいたい』と感じたことがある」と報じた。いずれにしても、介護保険制度が導入されて以降も介護をめぐる痛ましい死の迎え方は後を絶たない。

こうした実態にある中、制度導入後五年目を迎えた介護保険制度は大幅な改定を実施した。もともと重要視された見直しの視点は、「制度の持続可能性」と「社会保障の総合化」に向けて介護保険制度が果たす役割である。その結果、介護予防の導入、要支援を二段階にするなど要介護段階の変更、家族同居モデルをあらため「家族同居＋独居」モデルに変更、そして地域ケアを重要視し、地域包括支援センターの発足をみた。改定の結果、今までの介護保険制度の不十分さを補い、介護問題をかかえる家族

や本人にとって明るい展望をひらくものになっているかどうかは今後の検証にかかる。しかし、保険料の高騰と施設入所などの日常生活費（食費や個室料など）負担の強化によって低所得層ほど利用抑制がさらに一層すすむことが懸念される。また、市町村合併による影響がどう住民の生活や介護問題に表れてくるかという問題もある。介護問題対策としての全国共通のミニマムが確立していないわが国では、介護施設やサービスの地域間の不均等な整備状況はすでに指摘されている通りである。⁽³⁰⁾

市町村合併によって、より周辺の高齢者が多い過疎地ほど、サービス水準の低下や事業そのものの撤退が予測される。これは介護保険給付やサービス受給の不平等さへとつながる。同時に、すでに「格差社会」という表現で深刻な問題状況が指摘されているように、階層間での生活水準の格差が拡大することにより介護問題の階層間不平等も広がるのではなからうか。

四 社会福祉政策に問われていること

あらためて、介護問題を家族の生活問題として、また生きていく上での死活問題（放置すれば死にいたるという意味で）としてとらえることの重要性を指摘しておきたい。とくに、必要な社会的施策から「疎外される」状況が続き、まわりの人々・地域住民や第三者との交流が乏しくなればなるほど、介護問題をかかえた本人や家族は地域・社会から孤立する傾向にある。その結果、問題はもっとも不幸な状態で顕在化するのであり、その典型が「介護殺人」であつたり、「介護心中」であつたりするのである。そして、もはやどうにも解決の手だてをとることができない「事件」として私たちの前に顕在化する。

そうならないためには、老人福祉法上に明記されている措置としての介護問題対策と介護保険制度による介護給付を有機的に連携させることである。国民や住民の生活保障における公的責任のあり方を明確にし、高齢者福祉問題への社会的な対策を講ずることが不可欠である。介護保険制度が万能ではないことは誰の目にも明らかである。当面、自治体の社会福祉を取り扱う部門や窓口に、社会福祉専門職を配置し、住民の生活問題や介護問題の中身と程度を真摯に受けとめることに早急に着手すべきである。あるいは、住民の介護問題をもっともよく知っている在宅介護支援センターや地域包括支援センターで働く専門職や社会福祉サービスを担っている専門職がとらえている問題を共有化し、行政施策に反映していくような取り組みも必要である。

註

- (1) 本報告は、二〇〇六年六月一七日に兵庫教育大学にて開催された日本法政学会第一〇四回研究会でのシンポジウム報告（『法政論叢』第四三巻第一号、二〇〇六年十一月）を加筆修正したものである。
- (2) 『厚生行政基礎調査報告』参照
- (3) 全国社会福祉協議会編・三浦文夫解説『高齢化社会と老人福祉施策』七四ページ参照、一九八三年
- (4) 『当面の在宅老人福祉対策のあり方について』（意見具申）参照
- (5) 『厚生省五十年史』及び『社会福祉施設調査』各年版参照
- (6) 『厚生行政基礎調査報告』参照
- (7) 里見賢治『日本の社会保障をどう読むか』参照、労働旬報社、一九九〇年
- (8) 加藤悦子『介護殺人・司法福祉の視点から』参照、クレス出版、二〇〇五年
- (9) 二〇〇六年九月一七日付朝日新聞（大阪）では、『「介護疲れ」相次ぐ悲劇』として、とくに、高齢夫婦間での介護を

(10)

めぐつての殺人や心中事件をとりあげている。
中井清美『介護保険・地域格差を考える』岩波新書

プロフィール



長 上 深 雪

龍谷大学社会学部教授

略 歴

- 一九五六年 広島県生まれ
- 一九八七年 龍谷大学大学院文学研究科社会学福祉学専攻博士後期課程単位取得により依願退学
- 一九八七年 龍谷大学文学部 非常勤講師
- 一九八九年 龍谷大学社会学部 専任講師
- 一九九三年 龍谷大学社会学部 助教授
- 二〇〇一年 龍谷大学社会学部 教授

著書・編著・論文

- 『環境問題と保健活動』（共著）医学書院、一九九〇年。
- 『家族・労働・福祉』（共著）永田文昌堂、一九九一年。
- 『社会福祉対象論』（共著）さんえい出版、一九九五年。
- 『在宅介護支援センターの現状と課題』（共編著）龍谷大学国際社会文化研究所、一九九九年。
- 『仏教生命観と仏教社会福祉実践』（共編著）龍谷大学仏教社会福祉研究会、二〇〇一年。
- 「痴呆高齢者とその家族への援助を考える―社会福祉の視点から」（『痴呆高齢者の心・身体・暮らしを支える』シンポジウム報告書所収、滋賀医科大学・龍谷大学交流シンポジウム事務局、二〇〇二年。

- 『家族のゆくえ』（共著）三学出版、二〇〇二年。
- 『二一世紀における社会保障とその周辺領域』（共著）法律文化社、二〇〇三年。
- 『伏見区地域福祉活動計画』（共編著）二〇〇三年、伏見区社会福祉協議会。
- 『山東町地域福祉活動計画』（共編著）二〇〇四年、山東町社会福祉協議会。
- 『介護・医療・福祉小辞典』（編集委員）法律文化社、二〇〇四年。
- 『南山堂医学大事典』（執筆委員）南山堂、二〇〇六年。
- 『仏教生命観の流れ』（共編著）法蔵館、二〇〇六年。